

Allegato 2 al Capitolato Tecnico (Schema Offerta Tecnica_OT)_Lotto 9

(inserire l'intestazione del Dichiarante)

Spett.le

**ATS SARDEGNA
DIPARTIMENTO GESTIONE
ACCENTRATA ACQUISTI E LOGISTICA
S.C. INGEGNERIA CLINICA**Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius (CA)

PROCEDURA APERTA TELEMATICA, AI SENSI DELL'ART. 60, DEL D. LGS. N° 50/2016 E SS.MM.II, PER L'AFFIDAMENTO, IN N° 9 DISTINTI LOTTI DI AGGIUDICAZIONE, DELLA FORNITURA E INSTALLAZIONE DI APPARECCHIATURE ED ATTREZZATURE VARIE PER PEDIATRIA, NEONATOLOGIA E GINECOLOGIA, IN N° 9 DISTINTI LOTTI DI AGGIUDICAZIONE, DA DESTINARE A PRESIDI DIVERSI DI A.T.S. SARDEGNA, CON OPZIONI, EVENTUALI, DI ESTENSIONE DI FORNITURA E DI SERVIZI DI MANUTENZIONE "FULL-RISK", POST-GARANZIA ORDINARIA MINIMA DI MESI 24 .

COD. C.I.G. LOTTO 9: _____

La _____, con sede in _____, Via _____, tel. _____, Capitale sociale _____ codice fiscale _____, partita IVA n. _____ iscritta nel Registro delle Imprese di _____ al n. _____, in persona del _____ e Legale Rappresentante _____, (in R.T.I. costituito/constituendo e/o GEIE e/o Aggregazione tra Imprese aderenti al contratto di rete e/o Consorzio con le Imprese _____) di seguito denominato anche e solo "Operatore economico"

FORMULA LA SEGUENTE OFFERTA TECNICA,

DESCRIZIONE Componenti e accessori in configurazione base	MARCA e MODELLO	codice	N° RDM. (se applicabile)	QUANTITA' BASE
Radiologico portatile digitale				1

Di seguito si devono riportare le "Caratteristiche Tecniche dei beni offerti" in cui si risponde sequenzialmente a tutti i punti relativi alle caratteristiche tecniche richieste in **Allegato 1** al Capitolato Tecnico, precisando la rispondenza

o l'equivalenza funzionale e ove richiesti, gli esatti parametri di riferimento del bene proposti con indicazione dell'Unità di misura. Al termine della descrizione richiesta la Ditta potrà riportare tutte le caratteristiche migliorative dei propri prodotti indicando chiaramente quanto incluso nella configurazione di base offerta rispetto alle caratteristiche migliorative, come di seguito schematicamente riportato:

CARATTERISTICHE RICHIESTE/OFFERTE:

Caratteristica minima richiesta (rif. Allegato 1 al Capitolato Tecnico)	Caratteristica proposta	Aspetti migliorativi
Radiologico portatile digitale		

DETTAGLIO PARAMETRI TECNICI RICHIESTI , come indicato in **Allegato 1** al Capitolato Tecnico:

utilizzo dichiarato per pazienti neonati	<i>Specificare</i>
ambiti di applicazione immediatamente disponibili con gli applicativi sw offerti a corredo (p.e. ortopedia, cardiologia, etc.)	<i>Specificare</i>
ergonomia d'uso (p.e. facilità di manovra, ruote, etc.)	<i>Specificare</i>
numero di detettori alloggiabili nel radiologico	<i>Specificare</i>
modalità di stand-by	<i>Specificare</i>
autonomia della batteria	<i>Specificare</i>
utilizzabile quando alimentato dalla rete elettrica e durante la ricarica della batteria	<i>Specificare</i>
tempo di ricarica della batteria del detettore dallo stato di scarica completa a quello di piena carica	<i>Specificare</i>
sistemi di sicurezza (p.e. sistema anticollisione, bloccaggio detettore, autotest all'accensione, etc.)	<i>Specificare</i>
dimensioni display	<i>Specificare</i>
display o monitor aggiuntivo	<i>Specificare</i>
semplicità di utilizzo dell'interfaccia utente	<i>Specificare</i>
predisposizione ad aggiornamenti futuri	<i>Specificare</i>
tempi di esposizione	<i>Specificare</i>
Selezione della dose da erogare	<i>Specificare</i>
modalità di ottimizzazione delle immagini	<i>Specificare</i>
ulteriori classi DICOM attive	<i>Specificare</i>

Durata della garanzia full risk oltre i 24 mesi	<i>Specificare</i>
Tempo di intervento dal momento della richiesta	<i>Specificare</i>
Tempo di risoluzione dal momento della richiesta	<i>Specificare</i>
Disponibilità entro il giorno lavorativo successivo di un'apparecchiatura sostitutiva in caso di malfunzionamento non risolvibile entro il giorno della segnalazione	<i>Specificare</i>
Orario lavorativo	<i>Specificare</i>
Modalità di inoltro delle richieste di intervento (es. fax, telefono, email)	<i>Specificare</i>

Destinazione d'uso: specificare e allegare documento con indicazione della destinazione d'uso per cui l'apparecchiatura è prodotta dal Fabbrikante

- ✓ **Codice CND:** specificare
- ✓ **Codice CIVAB:** specificare

Indicare se l'apparecchiatura prevede la manutenzione periodica e la frequenza della stessa secondo le indicazioni del Produttore:

MANUTENZIONE:

Manutenzione Periodica prevista dal costruttore: SI/NO

Frequenza di manutenzione periodica:

GARANZIA

Mesi di garanzia offerti (minimo 24 mesi) comprensivi della manutenzione periodica (se prevista dal Costruttore) da espletare presso la sede di destinazione/utilizzo dell'apparecchiatura.:

Il sottoscritto dichiara, in merito all'apparecchiatura offerta, la corrispondenza della stessa alle specifiche di minima indicate in Allegato 1 al Capitolato Tecnico.

_____, li _____

Firma

(sottoscrivere con firma digitale)